

158 d c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

" OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE DO SIGMOÍDE "

CESAR MURILO SOUTO DOS SANTOS

JAMES HUGO GRÜDTNER ✓

DOUTORANDOS DA 12ª FASE DO CURSO DE MEDICINA

9,0  
HUGO

**" OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE DO SIGMÓIDE "**

## AGRADECIMENTOS

*no*

Ao Dr. ARMANDO JOSÉ d'ACAMPORA, professor assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da UFSC, pela orientação nesse trabalho.

À Dra. IRENE VIEIRA DE SOUZA, professora assistente do Departamento de Patologia da UFSC, pela sua incansável colaboração.

## Í N D I C E

SUMMARY .....	Pag. 05
I. INTRODUÇÃO .....	Pag. 06
II. EXPOSIÇÃO .....	Pag. 07
II.1. INCIDÊNCIA .....	Pag. 07
II.2. FISIOPATOLOGIA .....	Pag. 07
II.3. QUADRO CLÍNICO .....	Pag. 10
II.4. DIAGNOSE .....	Pag. 12
II.5. TRATAMENTO .....	Pag. 13
III. RELATO DO CASO .....	Pag. 15
COMENTÁRIOS .....	Pag. 21
RESUMO .....	Pag. 22
BIBLIOGRAFIA .....	Pag. 23

### SUMMARY

The authors presented a revision about intestinal obstruction of endometriosis. They showed the disease in a Wide point of view, taking its effects particularly in the gastrointestinal tract, especificaly in sigmoid. Before showing the disease as it is upper described, they make a few conclusions about the disease and a case they now present.

## I. INTRODUÇÃO

A endometriose é uma entidade nosológica caracterizada por ectopia endometrial.

Podemos classificá-la em endometriose interna ou uterina na qual o sítio anômalo de implante é o miométrio (conhecida como Adenomiose) e em endometriose externa, na qual a heterotopia pode se fazer presente em locais tão variados como os órgãos pélvicos, cicatrizes de laparotomia e mucosa nasal, entre outros. (02,05,13)

Sua importância deriva da significativa frequência com que acomete a mulher em idade reprodutiva, das dificuldades em estabelecer seu diagnóstico em virtude do pleomorfismo sintomatológico que provoca (8) e das complicações que pode trazer, entre as quais a obstrução intestinal.

A moléstia deve ser incluída sempre no diagnóstico diferencial dos distúrbios intestinais das mulheres em menacme, mormente naqueles casos em que a associação de sinais e/ou sintomas ginecológicos se fizer presente. (07,13)

O acometimento do reto-sigmóide tem uma incidência / relevante e a evolução da doença pode simular um cortejo clínico sugestivo de neoplasma maligno sem que traga, no entanto, as implicações do tratamento e prognose deste.

Apresentamos uma revisão do assunto a propósito de um caso ocorrido em nosso meio, que cursou com obstrução intestinal por implante nesta topografia, discutindo suas peculiaridades da doença descrita.

## II. EXPOSIÇÃO

### II.1. INCIDÊNCIA

A endometriose tem uma incidência de aproximadamente 8 à 15% entre as mulheres em período reprodutivo. (07,11,13)

O envolvimento do trato gastrointestinal é significativo, preferencialmente no reto-sigmóide, onde incidem por volta de 16 à 50% dos implantes. (02,05,13)

A obstrução intestinal secundária à doença é muito rara, sobretudo nesta região, não se conseguindo dados estatísticos na bibliografia consultada.

### II.2. FISIOPATOLOGIA

A presença de focos de endométrio em lugares que lhes são alheios tem despertado a curiosidade em muitos pesquisadores. Os locais de implante tão variados e por vezes bizarros como a pleura, por exemplo, inspiraram algumas teorias acerca da fisiopatologia da doença, que passamos a expor:

#### 1) TEORIA DO EXTRAVAZAMENTO TRANS-TUBÁRIO DO LÍQUIDO MENSTRUAL

Elaborada por SAMPSON, foi concebida após a observação de que pacientes operadas na época do catamênio eliminavam restos endometriais pelos óstios infundibulares.

O autor propôs a possibilidade de que alguns destes restos, ainda viáveis, pudessem implantar-se na serosa das vísceras pélvicas, respondendo aí aos estímulos ovarianos. Esta res

posta cíclica geraria o aparecimento de cistos endometriais que ao se romperem disseminariam novos implantes na cavidade. A presença de células endometriais viáveis no material eliminado na menstruação, capazes de se desenvolver em tecidos receptivos como o peritônio, já foi comprovada. (05)

Embora possa explicar os casos regionais de endometriose (inclusive em cicatrizes de laparotomia), esta teoria torna-se insatisfatória para justificar os implantes à longa distância. (01,05)

## 2) TEORIA MESENQUIMAL

Baseia-se nas idéias de HEIM, segundo o qual alguns restos mesenquimatosos poderiam permanecer nos tecidos onde são encontradas as ectopias e que estes restos desenvolver-se-iam, por ação de estímulos hormonais ou irritativos, gerando a doença. (01)

## 3) TEORIA DA METAPLASIA SEROSA (CELÔMICA)

Segundo IWANOFFMEYER-MEYER-NOVAK, as células serosas do peritônio poderiam sofrer metaplasia ante os estímulos hormonais ou inflamatórios, desenvolvendo um tecido similar ao endometrial. (01,03,05)

## 4) TEORIA EMBÓLICA

É a mais aceita atualmente e foi proposta por HALBAN (embolização linfática) e SAMPSON (embolização hemática). Estes autores sugeriram que os êmbolos liberados através destas vias poderiam alcançar os vários setores da economia, quais metástases.

A teoria linfática encontra apoio nos achados de te-



cido endometrial em gânglios linfáticos regionais, nos linfáticos da parede uterina e naqueles circunvizinhos aos focos de endometriose. (01,05)

A teoria hematogênica apoia-se na análise dos seios cavernosos de úteros removidos na fase menstrual, o que evidenciou a presença de restos endometriais . (01,05)

Mais recentemente NOBLE propôs a existência de um hormônio que possibilitasse o desenvolvimento dos implantes.(03)

O endométrio ectópico não raro conserva as propriedades do original, ou seja, é capaz de proliferar e secretar " sob o efeito do estrogênio e da progesterona respectivamente , envolvendo quando em privação hormonal. Esta mimetização do ciclo endometrial explica alguns dos sintomas e manifestações cíclicas bem como a evolução que a doença pode alcançar, além de fornecer subsídios para as bases do tratamento hormonal.(01,09,10,11)

A presença de material estranho e ativo faz com que desencadeie-se um processo flogístico no local do implante, resultando, através da resposta fibro-proliferativa, em distorção anátomo-funcional do segmento afetado. Além disso os derrames sanguíneos provenientes da ruptura de cistos podem produzir / aderências com as estruturas próximas. (01,10,)

Embora o endométrio continue sua atividade, em alguns casos a alteração da anatomia regional pode diminuir o aporte hormonal ao mesmo fazendo com que o processo expansivo, estacione ou regride, desaparecendo.

Finalmente, mais raramente, o tecido ectópico pode sofrer degeneração neoplásica desenvolvendo adenocarcinoma.(01,13)

### II.3. QUADRO CLÍNICO

A endometriose pode produzir uma sintomatologia muito rica, mercê da localização dos implantes e da evolução que estes sofrerão na intimidade tissular acometida.

Os principais comemorativos clínicos na esfera ginecológica são os seguintes:

DISPAREUNIA

DISMERORRÉIA

DOR PÉLVICA INTER-MENSTRUAL OU CÍCLICA

METRORRAGIA

MENOMETRORRAGIA

ESTERELIDADE

A história ginecológica da paciente deve ser colhida metodicamente, a fim de que não percamos subsídios e pistas importantes para a elucidação diagnóstica de algum distúrbio gastrointestinal atípico.

Os principais sinais e/ou sintomas intestinais são:

SENSAÇÃO DE PESO ABDOMINAL

DOR ABDOMINAL CÍCLICA

DIARRÉIA NOS PERÍODOS MESTRUAIS

CONSTIPAÇÃO

TENESMO

MELENA

PESO PERINEAL

ENTERORRAGIA

FEZES EM FITA

A gravidade de alguns destes sintomas ginecológicos ou intestinais não guarda, necessariamente, relação com a extensão do comprometimento.

A presença de sinais de sangramento lunar pode ser devida a outras doenças associadas já que o dano à mucosa é extremamente raro na endometriose. (02)

Uma situação de comprometimento extenso do delgado, pode gerar dor abdominal no mesogastro, pós-prandial e acompanhada de náuseas. A dor abdominal contínua com exacerbações cíclicas concomitantes à menstruação pode ser outro achado.

A presença da heterotopia no apêndice pode desencadear um quadro típico de apendicite (02), enquanto que a ruptura de cistos endometriais pode simular outros quadros de abdome agudo hemorrágico como a gravidez ectópica rota.

Embora a maioria dos sintomas intestinais façam as "suspeições recaírem sobre outras doenças, a hipótese da endometriose não deve ser esquecida sobretudo se faltarem sintomas "constitucionais como a caquexia ou outros indícios de processo consumptivo.

O abdome agudo obstrutivo é uma complicação rara , podendo ser desencadeado por comprometimento em qualquer nível do trato intestinal. Os implantes altos geralmente não têm nenhuma manifestação importante até desencadeá-lo. (02) Nas áreas mais baixas, principalmente no reto e no sigmóide, o tenesmo , as alterações na forma das fezes, os sangramentos cíclicos e a constipação progressiva podem precedê-lo.

( 02,05,07,13)

#### II.4. DIAGNOSE

O diagnóstico da endometriose é difícil de ser estabelecido pois que não há nenhum sinal ou sintoma que lhe seja patognomônico. (09)

A suspeição da doença pode encontrar muitos pontos de apoio na história clínica, porém muitas pacientes permanecem assintomáticas até que surja alguma complicação secundária como a esterelidade, o abdome agudo hemorrágico ou obstrutivo e seus comemorativos. (02)

O exame físico costuma ser inexpressivo, sem dados "positivos" que reforcem ou assegurem a hipótese aventada. O achado de nódulos pélvicos de aumento cíclico à palpação abdominal ou ao toque vaginal sugerem endometriose. O septo reto-vaginal e o próprio reto podem apresentá-los, detectáveis ao toque bidual e retal. A presença de nódulos no fundo de saco vaginal, previamente palpados no toque retal, é uma evidência importante do envolvimento do reto-sigmóide. (01,02,04,05,09)

As dificuldades aumentam com relação aos exames complementares, que só firmam o diagnóstico se permitirem a visualização direta dos implantes ou evidenciarem a presença de endométrio no tecido acometido, à histopatologia. Sendo assim, podemos nos valer da laparoscopia e da culdoscopia, buscando nódulos vermelho-azulados ou castanho-amarelados, implantados nas superfícies serosas ou aparentemente subjacentes às superfícies comprometidas, para a biópsia orientada. (10)

A reto-sigmoidoscopia ou a colonoscopia podem permitir ao examinador achar a tumoração projetada ao lúmen, mas a biópsia é pouco elucidativa já que a mucosa geralmente está intacta. (01,04,05,07)

O estudo radiológico fornece alguns indícios importantes para o diagnóstico diferencial mas também não tem fornecido nenhum sinal específico da doença. Uma mucosa intacta, por vezes "irregular, áreas longas de estenose e lesão polipóide (principalmente no sigmóide) são os achados mais frequentes ao enema opaco. A análise do padrão da mucosa é extremamente importante pois as doenças malignas quase sempre comprometem-no. (02,06,13)

Como se depreende do que foi exposto, o diagnóstico definitivo é estabelecido somente pela histopatologia.

#### **II.5. TRATAMENTO**

Embora muitos autores invoquem a terapia hormonal nos casos de diagnóstico precoce ou como suporte pós-operatório nos comprometimentos extensos (11), o tratamento cirúrgico parece ser ainda a melhor saída para a endometriose intestinal. A recorrência da doença após a suspensão da terapia não é rara, além do que esta só pode ser instituída diante duma comprovação diagnóstica "segura" (o que é muito difícil de ser feito) (07,09)

Nas cirurgias eletivas discute-se a ooforectomia associada à ressecção do segmento afetado, sendo a idade, as expectativas de procriação e a gravidade dos sintomas os melhores parâmetros decisórios. (01,08)

Se houve o aparecimento de um quadro obstrutivo o procedimento a ser seguido é a laparotomia com inventário da cavidade, como sói ser no mais das vezes. A colostomia proximal de alí-

vio ou a ressecção da tumoração, já num primeiro tempo, serão indicadas pelo cirurgião e o resultado da histopatologia elucidará o diagnóstico e orientará o seguimento posterior do caso.

### III. RELATO DO CASO

(Conforme dados obtidos do prontuário nº 74.669 - Hosp. de Caridade)

III.1. IDENTIFICAÇÃO: S., D., A., - 43 anos; sexo feminino; branca ; casada; do lar; natural e procedente de Flóridaópolis.

#### III.2. HISTÓRIA

A paciente foi admitida no Hospital de Caridade em 25/02/85 com queixas de constipação intestinal de gravidade progressiva acompanhada de sensação de peso hipogástrico, há mais ou menos 20 dias. O ritmo intestinal já vinha sofrendo alterações significativas há algum tempo, tendendo à obstipação. Há aproximadamente dez dias começou a sentir dor abdominal, em cólica, difusa e constatou a presença de massa palpável na fossa ilíaca esquerda, tornando-se a obstipação mais intensa e refratária aos laxantes usados.

O aparecimento de distensão abdominal, febre elevada e vômitos 48 horas antes da internação, bem como a ineficácia das lavagens intestinais a que submeteu-se neste intervalo fizeram-na procurar o referido nosocômio. Ao dar entrada no hospital sentia dor intensa, acompanhada de vômitos alimentares e aquosos, com parada de eliminação de gases e fezes.

A paciente revelou ser portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, além de ter sido submetida a uma apendicectomia anteriormente. Há 15 anos submeteu-se a uma cesariana e informou acer-

ca de cinco casos de tumor intestinal maligno na família.

### III.3. EXAME FÍSICO

T.A. - 130/100 mmHg      P. - 88 bpm      T. - 36,3 C°

Mucosas normocoradas

Turgor e elasticidade da pele mantidos

Abdomen: Globoso, flácido, universalmente doloroso à palpação, apresentando massa em F.I.E., com aproximadamente 10 cm. no maior diâmetro e extremamente doloroso à palpação, R.H.A. presentes.

TOQUE RETAL: Palpa-se com dificuldade massa arredondada, lisa, extremamente dolorosa, intra-abdominal.

TOQUE BI-DIGITAL: N.D.N.

EXAME GINECOLÓGICO: sem anormalidades

### III.4. EXAMES COMPLEMENTARES

RX SIMPLES DO ABD:

Ausência de fezes no reto-sigmóide, distensão do Cólon descendente, transverso e ascendente.

HEMOGRAMA: Hematimetria - 4.810.000

Ht - 44%

Hb - 15 gr./dl

leucometria - 11.800

Bast. - 4% / Seg.- 78% / Mon.- 3% / Linf.- 5%

Nº de Plaquetas aparentemente normal

Não foram encontrados Eosinófilos na lâmina.

GLICEMIA: 124 mg./ dl

URÉIA: 30 mg. / dl

CREATININA: 0.67 mg / dl



SÓDIO: 132 mEq/ l

POTÁSSIO: 4.0 mEq/l

PARCIAL DE URINA: DENS. - 1.020

Ph - 6.0

PROT. - neg.

Subst. red.- neg.

Presença de poucas cels. epiteliais, raros leucócitos, poucas bactérias e raras Hemácias.

### III.5. EVOLUÇÃO

DIA 01 DA INTERNAÇÃO - 26/02/85

SUBJETIVO: paciente refere dor intensa durante a noite e vômitos.

OBJETIVO: T.A.- 145/100 deitada

130/98 sentada

F.C.-80 bpm.

Mucosas coradas

Tugor e elasticidade da pele conservados

Sem edemas

A.P.- estertores em 1/3 médio esq.

Abdomem: levemente distendido, intensamente doloroso à palpação, principalmente na F.I.E., massa com mesmo aspecto.

RX SIMPLES DE ABDOMEM DE PÉ E DEITADO: Ausência de litíase.

Área de osteólise na extremidade distal da 12ª cost. de caráter benigno e com calcificação interior.

Grande quantidade de resíduo fecal nos Cóloons com pouco resíduo no reto e sigmóide, sugerindo obstrução parcial ao nível do sigmóide.

DIA 02 DA INTERNAÇÃO - 27/02/85

OBJETIVO: diurese de 1.800 ml

ENEMA OPACO: A progressão retrógrada da coluna baritada mostrou a presença de imagem polipóide com cerca de 6.5 cm por 4.5 cm de diâmetro com irregularidade no seu contorno, na transição sigmóide-descendente.

Hipótese diagnóstica: Carcinoma Polipóide.

---

Diante do quadro obstrutivo e da hipótese aventada a paciente foi submetida à Laparotomia Exploradora cujos achados positivos foram os seguintes:

FECALOMAS NO CÓLON ESQUERDO.

TUMORAÇÃO NO SIGMÓIDE, SOLTO NA CAVIDADE.

GÂNGLIOS MESENTÉRICOS COMPROMETIDOS.

OVÁRIOS POLICÍSTICOS.

CONDUTA: retossigmoidectomia e ooforectomia <sup>total</sup> bi-lateral, com envio do material à patologia.

LAUDO ANATOMO-PATOLÓGICO: segmento de intestino grosso, medindo 15cm apresentando a 3 cm de uma das extremidades lesão de aspecto fibroso, medindo cerca de 3 cm e contendo pontilhados hemorrágicos. Acompanha ovários, medindo cerca de 4 e 3 cm e contendo pequenos cistos.

LAUDO HISTO-PATOLÓGICO: O exame histológico revela cortes de intestino grosso, exibindo entre as fibras musculares numerosas glândulas

endometriais, acompanhadas por estroma. Cortes de ovários contendo cistos foliculares.

Fig. 1. Endometriose do sigmóide.

Fotomicrografia apresentando grupamentos de glândulas endometriais circundadas pelo respectivo estroma, situadas na intimidade da parede muscular do cólon.

(HE, 40X).

Fig. 2. Endometriose do sigmóide.

Pormenor da foto anterior evidenciando as glândulas endometriais tortuosas, forradas por células colunares com núcleos em pseudo-estratificação.

(HE, 100X)

III.6. DIAGNÓSTICO: ENDOMETRIOSE DO SIGMÓIDE

CISTOS FOLICULARES DE OVÁRIO

III.7. EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Pós-operatório imediato sem qualquer anormalidade.

Retorno 4 meses após a cirurgia: sem queixas.

## COMENTÁRIOS

A endometriose é uma doença singular cujas manifestações, por vezes inusitadas, devem ser registradas. A apresentação deste caso ilustra bem os cursos tão diversos que ela pode tomar.

A doente foi internada com diagnóstico sindrômico de obstrução intestinal baixa. A investigação anamnética e o exame físico não evidenciaram nenhum dado que sugerisse endometriose. Mesmo a história ginecológica colhida novamente e com mais detalhes, posteriormente ao laudo histológico, mostrou-se pobre, sem indícios " em relação à doença. Com efeito, tanto a história mórbida familiar como o enema opaco indicavam tratar-se de neoplasia maligna.

A realização da laparotomia exploradora se impôs e seus " achados também foram pouco elucidativos, embora o conhecimento da causa da obstrução possa permitir a análise de alguns dados de interesse, encontrados durante a cirurgia. O comprometimento dos gânglios mesentéricos, com a serosa intacta, sugerem que a via de implante foi embólica (01). A presença de ovários policísticos que indicou a ooforectomia bi-lateral de oportunidade acabou sendo, incidentalmente, terapêutica em relação à endometriose (08).

Gostaríamos de concluir, salientando a raridade da associação endometriose do sigmóide - obstrução intestinal e a forma atípica com que cursou, sem nenhuma manifestação ginecológica precedente" que pudesse levantar suspeitas à seu respeito.

## RESUMO

Os autores apresentam uma revisão acerca da obstrução intestinal por endometriose do sigmóide. Comentam a doença de uma forma mais ampla particularizando seus efeitos no trato intestinal e na topografia citada. Após ilustrarem a exposição apresentando um caso desta rara complicação, concluem através da comparação deste à doença descrita.

## B I B L I O G R A F I A

01. BRENER, S. e cols. - Endometriose do Cólon/forma tumoral pseudoneoplásica, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol. XI - nº 06, pags. 175-9, DEZ., 1984.
02. ERNEST, D.L. - Other diseases of the Colon and Rectum. In: SLEISENGER, M.H. and FORDTRAN, J.S. - Gastrointestinal diseases, second edition, chap. 115, pages 1852-6, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1978.
03. EL-MAHAGOUB, S., and YASEEN, S.- A positive proof for the theory of Coelomic metaplasia, Am. J. Obst. Gynecol., 137(01):, 137-40, MAY, 1980.
04. HABR-GAMA, A. e RAIA, A.A. - Tumores benignos do Cólon e Reto. In: NETO, A. C. - Clínica Cirúrgica, 3ª ed., vol. V, cap. 12, pags. 171-2, Sarvier, S.P., 1979.
05. HAUBRIC, W.S. - Enteric Endometriosis. In: BOCKUS, H.L.- Gastroenterology, third edition, vol. II, pages 1107-12, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1976.
06. MESCHAN, I. - Analysis of roentgen signs in general radiology, first edition, vol. III, page 1824, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1973.
07. MEYERS, C.W. and cols. - Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis, Arch. Surg., vol. 114, pages 169-75, FEB., 1979.
08. NOBLE, A. D. - Endometriosis: Current concepts in pathogenesis and treatment, Drugs, 26(05): 460-4, NOV., 1983.
09. NOVAK, E. R. and cols. - Tratado de Ginecologia, nona edição, pags. 534-56, Granabara Koogan, R.J., 1977.

10. ROBBINS, S. L. and COTRAN, R.S. - Patologia estrutural e funcional, 29 ed., pags. 1051-2, Interamericana, R.J., 1983.
11. ROBINSON, J. R. and cols - Endometriosis of the Colon presenting with GI bleeding: results of treatment with Danazol and partial resection, Drugs, 26(05): 460-4, NOV., 1983.
12. ROSENFELD, D. L. - Endometriosis in a patient with Rokitansky-Kuster - Hauser syndrome, Am. J. Obst. Gynecol. 139(01): JAN., 1981.
13. SPIRO, H. M. - Tumors of the Bowel. In: PAULSON, N. - Gastroenterologic Medicine, first edition, chap. 38, pags. 1007-8, Lea & Febeger, Philadelphia, 1969.



ts less than 40 years of age. Surgery, Gynecology et Obstetrics. Chicago. 157 (4): 335-337. Out. 1983.

12. RECALDE, M. et alii. Carcinoma of the colon, rectum and anal canal in young patients. Surgery, Gynecology et Obstetrics. Chicago. 139 (6): 909-913. Dez. 1974.

13. RUSSEL, A.H. et alii. Adenocarcinoma of the proximal colon. Cancer. Philadelphia. 53 (2): 360-367. Jan. 1984.

14. SANFELIPPO, P.M. & BEAHRS, O.H. carcinoma of the colon in patients under forty years of age. Surgery, Gynecology et Obstetrics. Chicago. 138 (2): 169-170. Fev. 1974.

15. SLATER, G.I., et alii. Changing distribution of carcinoma of the colon and rectum. Surgery, Gynecology et Obstetrics. Chicago. 158 (93). 216-218. Mar. 1984.

16. THORN, G.W. et alii. Harrison medicina interna. 8 ed Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1980. Vlo. 2, p. 1637-1645.

17. WELCH, J.P. & WELCH, C.E. Villous Adenomas of the colorectum. The American Journal of Surgery. Boston 131 (3) 185-191. Feb. 1976.

18. ZERBINI, E.J., et alii. Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto. 3 ed. São Paulo, Servier, 1979, vol. 5, p. 183-203.

19. ZILITOUN, R. et alii. Manuel de Hématologie. 2 ed. Paris, Doin Editeurs, 1982.

TCC  
UFSC  
CC  
0158

N.Cham. TCC UFSC CC 0158  
Autor: Santos, César Muri  
Título: Obstrução intestinal por endomet



972803596

Ac. 252987

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM